DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

تغير الظروف

رقم هوية العميل أو SOCIAL SECURITY NUMBER (رقم الضمان الاجتماعي)	اسمك

اقرأ جميع الأقسام بعناية. **اختر كل المربعات التي تنطبق على أسرتك.** قم بتوقيع وتأريخ هذه الوثيقة وإعادتها إلى المكتب المحلي. إذا كانت لديك أية أسئلة، أو إذا كنت بحاجة إلى مظروف بريدي مدفوع الأجر لإعادة هذا النموذج عبر البريد، فاتصل بمكتبك المحلي.

مسؤولياتك: إذا حصلت أسرتك على أموال نقدية أو أغذية أساسية أو مساعدة طبية، فيجب عليك الإبلاغ عن التغييرات كما هو موضح في WAC 388-418-0005 و 182-504-0105 و 182-504-0110 بناءً على المزايا التي تتلقاها. بالنسبة للنقدية و food assistance programs (برامج المساعدات والغذائية)، يجب عليك إخبارنا بهذه التغييرات بحلول اليوم العاشر من الشهر التالي لتاريخ حدوث التغيير. للحصول على المساعدة الطبية، يجب عليك إخبارنا خلال 30 يومًا من تاريخ حدوث التغيير. إذا أخبرتنا عن تغيير ليس من الضروري أن تخبرنا به، فيجب علينا أن ننظر في كيفية تأثير ذلك على المزايا التي تحصل عليها. قد يؤدي هذا إلى مزايا أقل، أو قد تنتهي المزايا الخاصة بك. بالنسبة للأغذية الأساسية، إذا أبلغت طوعًا عن انتقالك إلى مسكن جديد، فيجب عليك أيضًا الإبلاغ عن تكاليف المأوى الجديد في القسم 2، حتى لو لم يتم إصدار فاتورة لك بها بعد. إذا لم تقدم لنا تكاليف المأوى الجديد، فسوف نستخدم $0 دولار. قد يؤدي ذلك إلى حصولك على مزايا أقل.

1. ☐ تغير عنواني.

☐ انتقلت. تاريخ الانتقال: _____ ☐ تم تغيير عنواني البريدي. ☐ أنا بلا مأوى.

عنوان المراسلة الجديد (إذا كان مختلفًا) هو:
رقم الشقة (إن وجد)
المدينة الولاية الرمز البريدي

عنوان سكني الجديد هو:
رقم الشقة (إن وجد)
المدينة الولاية الرمز البريدي

2. ☐ تغيرت تكاليف المأوى الخاص بي.

بالنسبة للأغذية الأساسية، قم بالإبلاغ **فقط إذا** كان لديك زيادة أو انتقلت إلى مسكن جديد. قم بالإبلاغ عن أي تغييرات أخرى في تكاليف المأوى في **منتصف مرحلة الشهادة أو مراجعة الأهلية التالية.** حدد كل ما ينطبق.

☐ أنا على الإسكان المدعوم.	☐ أنا مشتري.	☐ أنا مستأجر.	
مبلغ الدفع الشهري (اذكر حصتك فقط)	مبلغ الرهن العقاري الشهري	حصتك، إذا كانت مختلفة	مبلغ الإيجار الشهري
$	$	$	$

أنا أدفع بشكل منفصل مقابل (حدد كل ما ينطبق):

☐ ضرائب الأملاك	☐ تأمين المنزل	☐ الهاتف	☐ تكاليف التدفئة / التبريد
أنا ادفع: $_____ شهريًا.	أنا ادفع: $_____ شهريًا.	أنا ادفع: $_____ شهريًا.	أنا ادفع: $_____ شهريًا.

3. ☐ انتقل شخص ما إلى أو خارج منزلي. تحقق من كل ما ينطبق وحدد تاريخ النقل.

☐ انتقل شخص ما إلى منزلي. التاريخ: _____
قم بإدراج جميع الأشخاص الذين انتقلوا (بما في ذلك الأطفال حديثي الولادة):

SOCIAL SECURITY NUMBER (رقم الضمان الاجتماعي)	علاقته بي	النوع	الاسم (الأسماء)

أقوم بشراء وجبات الطعام وإعدادها مع زملائي في السكن (اختر المربع الذي ينطبق):
☐ نعم ☐ لا

أريد أن أضم شخصًا إلى حسابي:
☐ النقد ☐ الغذاء الأساسي ☐ رعاية الأطفال
☐ المساعدة الطبية
إذا كان الأمر كذلك، من؟ قائمة الأسماء:

☐ انتقل شخص ما خارج منزلي. التاريخ: _____
قائمة بجميع الذين خرجوا:

علاقته بي	الاسم (الأسماء)

أتوقع أن يعود الشخص (الأشخاص) للعيش معي مرة أخرى (اختر المربع الذي ينطبق): ☐ نعم ☐ لا

أريد أن أضم شخصًا إلى حسابي:
☐ النقد ☐ الغذاء الأساسي ☐ رعاية الأطفال
☐ المساعدة الطبية
إذا كان الأمر كذلك، من؟ قائمة الأسماء:

4. ☐ تغيرت موارد أسرتي. حصلت أنا أو أحد أفراد أسرتي على (ضع علامة على كل ما ينطبق):

☐ حساب مصرفي (حدد كل ما ينطبق): ☐ حساب جاري ☐ حساب توفير ☐ شهادة إيداع ☐ سوق المال
المبلغ في الحساب: $_____ تاريخ فتح الحساب: _____
☐ سيارة: السنة: _____ صنع: _____ طراز: _____ تاريخ الاستلام: _____
☐ استرداد الضريبة: $_____ تاريخ الاستلام: _____
كم كان Earned Income Tax Credit (ائتمان ضريبة الدخل المكتسب, EITC): $_____
☐ مبلغ مقطوع (يشمل الفوائد بأثر رجعي أو التسويات أو الميراث): _____
☐ مصادر أخرى (أدرجهم في قائمة): تاريخ الاستلام: _____

5. ☐ **لقد تغير دخل أسرتي. تشمل أمثلة الدخل الأرباح أو الأجور من وظيفة أو عمل خاص أو إعانات البطالة أو الضمان الاجتماعي أو SSI أو Labor and Industries (العمل والصناعات ,L&I)، أو دعم الطفل أو veterans benefits (استحقاقات المحاربين القدامى, VA)، أو الهدايا، أو القروض. حدد كل ما ينطبق.**

☐ **الدخل أو الوظيفة بدأت.** تاريخ بدء الدخل: _____ من بدأ دخله: _____
المبلغ الإجمالي (قبل الضرائب):$_____ لكل ☐ ساعة ☐ شهر ☐ دوام كامل ☐ دوام جزئي
نوع الدخل: _____ اسم صاحب العمل (إذا وجد): _____
التاريخ (التواريخ) الذي يحصل فيها الشخص على الدخل (مثال، 1 و 15 من كل شهر أو كل جمعة): _____

☐ **الدخل أو الوظيفة انتهت.** تاريخ توقف الدخل: _____ من توقف دخله: _____
سبب توقف الدخل: _____

☐ **الدخل أو الوظيفة زادت.** تاريخ زيادة الدخل: _____ من بدأ دخله: _____
المبلغ الإجمالي (المبلغ بالدولار قبل الضرائب) $_____ لكل ☐ ساعة ☐ شهر
نوع الدخل: _____ اسم صاحب العمل (إذا وجد): _____
إذا كان يعمل، هل هذا تغيير من **دوام جزئي** إلى **دوام كلي؟** ☐ نعم ☐ لا

☐ **الدخل أو الوظيفة نقصت.** تاريخ بدأ النقص: _____ من بدأ دخله: _____
المبلغ الإجمالي (المبلغ بالدولار قبل الضرائب): $_____ لكل ☐ ساعة ☐ شهر
نوع الدخل: _____ اسم صاحب العمل (إذا وجد): _____

6. ☐ **عائلتي لديها تغييرات أخرى. حدد كل ما ينطبق. لن يتم تحديث التغييرات التي لم يتم التحقق منها في الاستقطاعات والتي قد تسبب زيادة في المزايا حتى المراجعة التالية ما لم نتلقى تأكيدات بالتغيير.**

☐ تغيرت تكاليف رعاية أطفالي (مجالسة الأطفال) من: $_____ / الشهر إلى $_____ / الشهر.
☐ بدأ الحمل لـ: _____؛ الموعد المتوقع للولادة: _____.
☐ انتهى الحمل لـ: _____؛ تاريخ انتهاء الحمل: _____.
☐ تغيرت مدفوعات إعالة الطفل من: $_____ / الشهر إلى $_____ / الشهر.
من يدفع: _____
☐ ارتفعت النفقات الطبية من: $_____ / الشهر إلى $_____ / الشهر.
من يدفع: _____
☐ تغيرت الحالة الاجتماعية لـ: _____ ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ منفصل ☐ أرمل
☐ انتهت التغطية الطبية الخاصة لـ: _____؛ تاريخ انتهاء التغطية: _____
☐ بدأت التغطية الطبية الخاصة لـ: _____؛ تاريخ بدء التغطية: _____
قم بإدراج اسم شركة التأمين ورقم الهاتف إذا انتهت التغطية أو بدأت:
☐ لقد تلقيت دفعة من Low Income Home Energy Assistance Act (قانون مساعدة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض) (LIHEAA) خلال الـ 12 شهرًا الماضية.
الكمية: _____
☐ أرباح اليانصيب أو القمار بقيمة 4750 دولارًا أو أكثر (المبلغ بالدولار قبل الضرائب): $_____؛
من: _____؛ تاريخ الاستلام: _____

تغييرات أخرى (قم بوصفها)

تحذير عقوبة المساعدات الغذائية

نتحقق لدى وكالات أخرى عن صحة معلوماتك. وفي حال عدم صحة أي من المعلومات، فقد لا يحصل الأشخاص المتقدمين على المساعدات الغذائية. قد يتعرض أي شخص ينتهك أي من القواعد عن عمد لما يلي:

- **المقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية والحكومية المطبقة الأخرى**
- **الاستبعاد من SNAP لمدة عام واحد وقد تصل إلى الأبد**
- **التغريم بمبلغ يصل إلى 250000$ دولار.**
- **السجن لمدة تصل إلى 20 عامًا؛ أو**
- **الاستبعاد من SNAP لمدة 18 شهرًا إضافية في حال حكم المحكمة بذلك.**

إذا وجدت المحكمة أنك مذنبًا:

تحصل على المعونات في معاملة تتضمن:	**فقد تكون عرضةً لـ:**
• **بيع المواد الخاضعة للرقابة**	**التجريد من الأهلية لمدة تتراوح من سنتين إلى على الدوام.**
• **بيع الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات**	**التجريد من الأهلية على الدوام.**
• **الإتجار في معونات تزيد عن 500 دولار**	**التجريد من الأهلية على الدوام.**
• **تزوير الإقامة أو الهوية**	**التجريد من الأهلية لمدة 10 سنوات**

تسجيل الناخب
تقدم Department offers voter registration services (الإدارة خدمات تسجيل الناخب) على النحو المطلوب بموجب the National Voter Registration Act of 1993 (قانون تسجيل الناخب القومي لسنة 1993). **ولن يؤثر التقدم للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على الخدمات أو مبالغ المساعدات التي قد تحصل عليها بواسطة هذه الوكالة.** إذا كنت ترغب في المساعدة في تعبئة نموذج تسجيل الناخب، فسنقدم لك المساعدة. فقرار طلب أو قبول المساعدة يعود إليك. يمكنك تعبئة نموذج تسجيل الناخب بشكل خاص. إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما قد تدخل في حقك في التسجيل أو رفض التسجيل من أجل التصويت أو حقك في الخصوصية في تقرير ما إذا كنت تريد التسجيل أو التقدم بطلب للتسجيل من أجل التصويت أو حقك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، يمكنك تقديم شكوى إلى: مكتب انتخابات ولاية Washington، (1-800-448-4881) PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229. **هل تريد التسجيل للتصويت أو تحديث تسجيل الناخبين الخاص بك؟** ☐ نعم ☐ لا **إذا لم تختر أي من المربعين، فسنعتبر أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في الوقت الحالي.**

الإقرار والتوقيع		
أقر تحت عقوبات الحنث باليمين أن المعلومات التي أقدمها صحيحة وكاملة على حد علمي. أدرك أنه إذا قدمت معلومات خاطئة أو مضللة أو غير كاملة، فقد يتم معاقبتي بموجب القانون (RCW 74.08.055 و RCW 74.08.331). أدرك أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق وأوافق على تقديم التحقق. إذا لم أتمكن من تقديم الدليل المطلوب، فأنا أفوض DSHS بالاتصال بأشخاص أو وكالات أخرى للحصول على الدليل نيابة عني. توقيعي على هذا النموذج يعني أنني أبلغت عن جميع التغييرات التي يجب علي الإبلاغ عنها.		
التوقيع	التاريخ	رقم الهاتف
توقيع فرد بالغ آخر في الأسرة أو ممثل	التاريخ	رقم الهاتف